



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2011

Vom Wollen und Können - Motivation und Motivationsentwicklung in der stationären Suchttherapie

Schaaf, Susanne

Other titles: Dokumentation zur Jahresberichtssitzung des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie
act-info-FOS am 25. August 2011 in Zürich.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-58793>

Conference or Workshop Item

Published Version

Originally published at:

Schaaf, Susanne (2011). Vom Wollen und Können - Motivation und Motivationsentwicklung in der stationären Suchttherapie. In: Vom Wollen und Können - Motivation und Motivationsentwicklung in der stationären Suchttherapie, ISGF, Zürich, 25 August 2011, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF.



Vom Wollen und Können -

Motivation und Motivationsentwicklung in der stationären Suchttherapie

Dokumentation zur Jahresberichtssitzung des
Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie
act-info-FOS am 25. August 2011 in Zürich

Hrsg.: Koordinationsstelle *act-info-FOS*
Susanne Schaaf unter Mitarbeit von Heidi Bolliger

act-info-FOS
Forschungsverbund
stationäre Suchttherapie

	Programm	3
	Einladung zur Jahresberichtssitzung act-info-FOS 25. August 2011 in Zürich	3
1	Einführung: <i>Susanne Schaaf</i>	4
2	Therapiemotivation – Ressourcen erkennen, entwickeln, nutzen: <i>Rahel Roth</i>	6
3	„Der Goalie bin ig“ – szenische Lesung: <i>Moritz Alfons</i> liest Pedro Lenz	15
4	Will er nicht können oder kann er nicht wollen? Motivation und Motivations- entwicklung: ein kurzer Einblick in die Praxis: <i>Markus Zahnd</i>	16
5	Therapiemotivation - eine Illusion bei Suchtkranken? <i>Tamara Marx, Peter Bögli</i>	24

Programm

Einladung zur Jahresberichtssitzung act-info-FOS 25. August 2011 in Zürich

**Vom Wollen und Können –
Motivation und Motivationsentwicklung in der stationären Suchttherapie**

- 13.15 – 13.30 h Begrüssung und Einführung
Susanne Schaaf lic.phil. Psychologin FSP, ISGF
- 13.30 – 14.30 h **Therapiemotivation – ein Überblick**
Rahel Roth, DIE ALTERNATIVE, Verein für umfassende Suchttherapie
Sozialarbeiterin FH, Systemtherapeutin ZSB, Märchenerzählerin i.A., seit 2002 im Suchtbereich tätig, seit 2005 Mitarbeiterin beim Verein DIE ALTERNATIVE, seit 2007 in der KANU Beratungs- und Nachsorgestelle als fallführende Sozialarbeiterin tätig.

Worum geht es bei der Therapiemotivation? Zusammenhang von Bedürfnissen, Motivation und Verhalten ♦ extrinsische und intrinsische Motivationsbildung und Veränderungsprozesse ♦ Erfahrungen aus der Praxis
- 14.30 – 14.45 h **Von der Anfangseuphorie zur Ernüchterung:** Die Geschichte eines lebenswürdigen Kerls, der mit seiner Sucht hadert - Szenische Lesung
mit Moritz Alfons, Musiker, Schauspieler und Akrobat
- 14.45 – 15.15 h Pause
- 15.15 – 15.45 h **Therapiemotivation – Praxisbeispiel I**
Markus Zahnd, suchttherapiebärn
Chemiker, Lehrer, Dipl. Supervisor, Coach & Organisationsentwickler BSO; seit 17 Jahren im stationären Suchtbereich tätig, seit 11 Jahren Gesamtleiter Stiftung suchttherapiebärn

Therapiemotivation aus Sicht von suchttherapiebärn ♦ Erfahrungen mit der Therapie- bzw. Veränderungsmotivation der Klientel von suchttherapiebärn ♦ Stolpersteine im Therapieprozess: wann kommt die Therapiemotivation abhanden, können kritische Phasen vorausgesehen werden? ♦ Was kann die Einrichtung tun? ♦ Bedeutung der Sinnfrage
- 15.45 – 16.15 h **Therapiemotivation – Praxisbeispiel II**
Tamara Marx und Peter Bögli, Klinik Südhang
MSc Tamara Marx, Psychologin und Peter Bögli, Psychologe FH arbeiten als fallführende TherapeutInnen in der Klinik Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht.

Therapiemotivation aus Sicht der Klinik Südhang ♦ Erfahrungen mit der Therapie- bzw. Veränderungsmotivation der Klientel der Klinik Südhang ♦ Motivation als Therapiefaktor ♦ motivierende Aufgaben des/r Therapierenden ♦ Rollenspiele: Therapeut/in und Patient/in im Dialog
- 16.15 h **Schlussrunde**
Susanne Schaaf, ISGF

1 Einführung

Susanne Schaaf lic.phil., Forschungsleitung stationäre Suchttherapie am ISGF

Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS existiert seit 1985 und blickt auf eine lange Tradition zurück. Im Jahre 1998 verzeichnete der Forschungsverbund eine Hochzeit mit insgesamt 82 beteiligten Einrichtungen. Heute hat sich die Anzahl teilnehmender Einrichtungen auf rund 50 eingependelt.

Ziel und Zweck des Verbundes und der gemeinsamen Treffen ist der regelmässige Austausch zwischen Forschung und Praxis und auch der Praktiker/innen untereinander.

Therapiemotivation bzw. Veränderungsmotivation haben wir als Thema der diesjährigen Jahresberichtssitzung gewählt, weil sie ein zentraler Aspekt für die Gestaltung des therapeutischen Prozesses ist. Die act-info-FOS-Forschung 2010 zeigt, dass

- 14% der Klient/innen im Laufe des ersten Monats die Therapie abbrechen,
- 32% in den ersten drei Monaten die Therapie abbrechen.

Auch wenn durch Therapiemotivation per se nicht automatisch „Therapieerfolg“ erklärt werden kann, stellt sich die Frage, welche Rolle die Motivation bei Therapiebeginn und bei der Einbindung der Klient/innen in den Therapieprozess spielt und ob die Therapierenden die Stolpersteine frühzeitig erkennen und mit den Betroffenen Alternativen erarbeiten können. Motivation ist keine stabile Disposition im Sinne von entweder vorhanden oder nicht vorhanden, entweder motiviert oder nicht motiviert. Motivation kann sich verändern, sie ist einem dynamischen Prozess unterworfen.

Motive für einen Therapiebeginn

Frühere Fragebogenversionen des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie FOS (bis 2001) enthielten die Frage an die Klient/innen, welche Beweggründe für sie ausschlaggebend waren, eine stationäre Therapie zu beginnen. Die Klient/innen konnten zu einer Reihe von möglichen Motiven angeben, ob und wie ausgeprägt diese Situation oder die Überlegung auf sie zutrifft¹.

In der folgenden Tabelle 1 sind diejenigen Motive aufgeführt, die die *höchste Zustimmung* der Klient/innen erhalten haben. Es zeigte sich, dass die Sehnsucht nach einem sinnvollen Leben für 79% der Befragten ein wichtiges Motiv für die Therapie darstellt, gefolgt von dem Wunsch, bewusst zu leben (76%), und der Einsicht, dass sich ihre Probleme nicht mit Drogen lösen lassen (71%).

¹ Die Antwortkategorien umfassten die vier Abstufungen ‚stimmt sicher nicht‘, ‚stimmt eher‘, ‚stimmt etwas‘, ‚stimmt‘ sowie die Kategorie ‚weiss nicht‘.

Tab. 1: Motive für den Therapiebeginn (Eintritte FOS 2001)

Mögliche Motive	% stimmt	Gesamt N
Sehnsucht nach einem sinnvollen Leben	79%	312
Will bewusst leben	76%	314
Drogen lösen keine Probleme	71%	312
Abscheu vor der Abhängigkeit	58%	310
Ablehnung des Szenenmilieus	46%	311
Am Nullpunkt des Lebens angelangt	44%	311
Brauche Drogen nicht mehr	40%	292
Angst vor psychischen Schäden	39%	310
Angst vor körperlichen Schäden	38%	313
Therapeutische Massnahme statt Strafe	23%	311
Angst vor Problemen in Beruf oder in der Schule	22%	310
Kolleg/innen sind vom Stoff weggekommen	21%	289
Kein Geld, kein Stoff	20%	299
Rückfall nach Entzug vermeiden	17%	307
Den Eltern zuliebe	15%	310
Angst vor Gerichtsverfahren/Polizei	15%	312

Weitere Motive für den Therapiebeginn, die allerdings von weniger als 10% der Befragten genannt wurden, waren: auf Drängen der Eltern ♦ auf Drängen der Partner/in ♦ Schock bei Überdosis von Freunden ♦ habe religiöse Erfahrung gemacht ♦ HIV-Problematik ♦ andere Motive.

Die damals vorrangig genannten Motive haben klar intrinsischen Charakter. Druck- und Zwangssituationen wurden vor zehn Jahren selten angegeben. Von den Referent/innen Rahel Roth (DIE ALTERNATIVE), Markus Zahnd (suchttherapiebärn), Tamara Marx und Peter Bögli (Klinik Südhang) werden wir nun erfahren, wie sich die Situation heute gestaltet und welche Überlegungen die Einrichtungen anstellen, Therapiemotivation zu erkennen, zu entwickeln und als Therapiefaktor zu nutzen.

Die Vorträge wurden für die vorliegende Tagungsdokumentation von der Koordinationsstelle act-info-FOS transkribiert, redaktionell überarbeitet und von den Referierenden autorisiert.

Das act-info-FOS-Team

Susanne Schaaf

Esther Grichting

Heidi Bolliger

2 Therapiemotivation – Ressourcen erkennen, entwickeln, nutzen

Rahel Roth, Verein DIE ALTERNATIVE, Sozialarbeiterin FH, Systemtherapeutin ZSB

DIE ALTERNATIVE besteht aus folgenden Einrichtungen: Sozialtherapie ULMENHOF, Rehabilitationszentrum FISCHERHUUS, Integrationswohnungen BACHMOOS, Kinderhaus TIPI, Beratungs- und Nachsorgestelle KANU.

Zum Inhalt

- Geschichte vom Frosch
- Unfreiwillig gleich unmotiviert?
- Wissen über den Zusammenhang von Bedürfnissen, Motivation und Handeln
- Definitionsversuche Motivation
- Klient/innenmotivation im Verein DIE ALTERNATIVE
- Vermeidungsverhalten
- Veränderungsmodell

Geschichte vom Frosch

Es waren einmal zwei Frösche, die fielen in einen Sahnetopf. Sofort war ihnen klar, dass sie ertrinken würden, denn schwimmen oder sich treiben lassen war in dieser zähen Masse unmöglich. Dennoch strampelten die Frösche wie wild, um an den Topfrand zu gelangen. Aber es war unmöglich. Schliesslich sprach einer der beiden aus: „Ich kann nicht mehr, hier kommen wird nie raus. Wenn ich sowieso sterben muss, dann kann ich gerade so gut aufhören, mich anzustrengen!“ Gesagt, getan. Er ging schneller unter, als man zusehen konnte. Der andere Frosch hingegen war ein Dickkopf und dachte sich: „Ich werde mich dem Tod nicht einfach so ergeben!“ und strampelte weiter, Stunde um Stunde. Durch sein stetiges Strampeln verwandelte sich die Sahne schliesslich in Butter. Überrascht machte der Frosch einen Sprung und hüpfte frohen Mutes nach Hause, wo er noch lange und glücklich lebte (in Anlehnung an Bucay, 2005).

In DER ALTERNATIVE gab es in den letzten Jahren oft Diskussionen betreffend der Motivation der Klient/innen. Vor allem die langjährigen Mitarbeitenden waren der Ansicht, es treten zunehmend „unmotivierte“ Personen in die Therapieeinrichtung ein. Wir haben festgestellt, dass die Therapiemotivation, wie sie in der FOS-Statistik 2001 dargestellt wurde („Suche nach einem sinnvollen Leben“) bei unserem aktuellen Klientel zurückgeht und durch andere Motive ersetzt wird. Aus diesem Grund haben wir uns Anfang 2011 entschieden, einen gemeinsamen Weiterbildungstag zum Thema Therapiemotivation durchzuführen. Basierend

auf unseren Erkenntnissen möchte ich versuchen, einen kurzen Abriss der wichtigsten Aspekte darzustellen.

Unfreiwillig gleich unmotiviert?

In DER ALTERNATIVE melden sich heute viele Klient/innen aufgrund eines Zwangskontextes. Daher stellt sich die Frage, *worauf* sich die Unfreiwilligkeit genau bezieht: Dass die Betroffenen den Kontakt mit der Therapieeinrichtung aufnehmen? Dass sie sich verändern sollen? Sind das Ziel oder der Weg unfreiwillig? Ich glaube, meistens bezieht sich die Unfreiwilligkeit auf die *Kontaktaufnahme unter Zwang*. Das bedeutet aber nicht, dass unfreiwillig mit unmotiviert gleichzusetzen ist. Auch mit Klient/innen, die ihre Therapie unfreiwillig starten, kann man therapeutisch sinnvoll arbeiten.

Im Zwangskontext – Angehörige oder rechtliche Vorgaben erzwingen eine Kontaktaufnahme – enthalten ist, dass die Klient/innen belohnt werden, wenn sie Kontakt mit der Therapieeinrichtung aufnehmen, und sanktioniert werden, wenn sie es nicht tun. Folglich steht zumindest eine minimale Motivation dahinter, nämlich dass die Klient/innen Fachleute, die Druck machen, wieder loswerden möchten. Aber auch hinter einer Eigenmotivation steht oft ein Vermeidungsverhalten bzw. der Wunsch, ein Leiden zu beenden. Ein Satz, der mir aus der Systemtherapie geblieben ist, lautet: „*Klient/innen kommen immer, um Schlimmeres zu vermeiden*“.

Motiv und Motivation

Landläufig kennt man den Begriff Motiv im Zusammenhang mit kriminellem Verhalten, z.B. niedrige Beweggründe. Grundsätzlich meint Motiv einen Beweggrund für menschliches Verhalten. Die Gesamtheit der Motive eines Individuums beeinflusst die Entscheidungen und Handlungen und macht somit die Motivation aus. Motivation befasst sich also mit den Einflussfaktoren, die Menschen zu einem bestimmten Verhalten bewegen. Eine Person ist dann motiviert, wenn sie als Ergebnis bestimmter Handlungen die Erreichung eines bestimmten Zieles erwartet.

Das heisst, der Mensch greift auf *eigene Erfahrungen* zurück: „Ich will dies oder jenes erreichen, am besten geht es auf diese mir bekannte Weise“. Diese Haltung kennen wir sehr gut bei Personen mit einer Suchterkrankung. Sie haben bereits verschiedene Versuche gestartet, selber aus der Sucht herauszukommen, bis sie irgendwann realisieren: „Es gelingt mir aufgrund meiner Erfahrungen und meiner Kräfte nicht, alleine aus der Sucht herauszufinden“. Erst dann wenden sich die Süchtigen an externe Fachleute.

Motivation ist ein innerer Prozess, der zielgerichtetes, willentlich gewähltes Verhalten auslöst und aufrecht erhält.

Vom Bedürfnis zur Motivation


Aus Bedürfnissen („ich brauche“) heraus entsteht eine Motivation („ich möchte“) und daraus resultiert das Verhalten („ich will“, „ich bereite vor“, „ich mache“).

Bedürfnisse können auf verschiedene Aspekte ausgerichtet sein:

- Orientierung und Kontrolle
- Zugehörigkeit und Bindung
- Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz
- Lustgewinn bzw. Unlustvermeidung

Ich möchte zwei Bedürfnistheorien kurz vorstellen: das Modell von Werner Obrecht und die anschauliche Bedürfnispyramide von Abraham Maslow. Der Unterschied zwischen den beiden Modellen besteht darin, dass Obrecht davon ausgeht, dass die verschiedenen Bedürfnisse nebeneinander her laufen, während Maslow mit seiner Pyramide aufzeigen möchte, dass erst die basalen Bedürfnisse abgedeckt werden müssen, damit weitere Bedürfnisse zum Zug kommen. Gemäss Maslow kann man von Klient/innen, die auf der Gasse leben, Hunger haben, frieren und stets mit Geldnöten kämpfen, nicht erwarten, dass sie sich Gedanken zum Thema „Sinn des Lebens“ machen. Übergeordnete Bedürfnisse treten in den Hintergrund, wenn die Menschen um die Befriedigung der Grundbedürfnisse kämpfen.

Abb. 1: Bedürfnistheorien nach Maslow und Obrecht

Bedürfnispyramide nach Abraham Maslow (1977)	Bedürfnistheorie nach Werner Obrecht (in: Geiser, 2000)
 <p>Bedürfnispyramide nach Abraham Harold Maslow (1908 - 1970)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Biologische Bedürfnisse (z.B. nach physischer Integrität, erforderliche Austauschstoffe, sexueller Aktivität) • Biopsychische Bedürfnisse (z.B. Bedürfnis nach Abwechslung, Orientierung, Sinn, Kontrolle) • Biopsychosoziale Bedürfnisse (z.B. Bedürfnis nach Zuwendung, Zugehörigkeit, Autonomie, Anerkennung, Gerechtigkeit)

Bedürfnisse führen immer zu einem *inneren Spannungszustand* (Ist-Soll-Differenz). Der Spannungszustand wird sofort negativ oder positiv bewertet (Gefühle, Bilder, Überzeugungen) und führt zu einer Veränderungsmotivation, sofern der Soll-Zustand positiver bewertet wird als der Ist-Zustand. Daraus resultiert das Handeln und zwar auf diejenige Art und Weise,

wie man aufgrund eigener Erfahrungen, eigenen Erlebens mit möglichst wenig Aufwand am ehesten zum gewünschten Soll kommt.

Motivation finden

Dass ein Veränderungswunsch mit einer unklaren Veränderungsrichtung einher gehen kann, kennen wir von unseren Suchtklient/innen her: Sie haben sich entschieden, dass sie das von Sucht geprägte Leben nicht mehr so weiterführen möchten. Sie beginnen voller Energie eine Therapie und merken relativ schnell – analog zu den FOS-Daten zu Frühabbrüchen –, dass sie *diese* Veränderung im Rahmen des Therapiesettings nicht wollen. Für die Betroffenen stellt sich die Frage: „Was will ich denn?“ Genau darin liegt die therapeutische Herausforderung, die Klient/innen immer wieder neu zu motivieren, neue Bilder entstehen zu lassen.

Wie bereits erwähnt, ist die Motivation in Bezug auf unsere eintretenden Klient/innen vorerst nicht eindeutig klar. Wofür ist die einzelne Person motiviert? Ist sie zur Kontaktaufnahme mit der Facheinrichtung motiviert, damit sie den Druck los wird? Ist sie zur Kooperation oder für ein Arbeitsbündnis motiviert? Oder für eine Veränderung? Es ist manchmal sowohl für die Klient/innen als auch für die Therapeut/innen schwierig, den genauen Bezug herauszufinden. In diesem Zusammenhang kann die sog. „*Scheinmotivation*“ erwähnt werden. In DER ALTERNATIVE werden u.a. Klient/innen behandelt, die bereits verschiedene Therapieversuche unternommen haben und z.B. vom Massnahmenvollzug in die Therapie übergetreten sind. Wir als Therapeut/innen haben den Eindruck, wir stehen in einem guten Arbeitsbündnis mit den Betroffenen, bis wir uns fragen, ob wir überhaupt vom Gleichen sprechen: Ist der Klient/die Klientin wirklich motiviert? Vordergründig wirken diese Personen oft sehr angepasst, bringen viele Ideen ein, aber eigentlich haben wir als Therapierende nicht erkannt, wo ihre eigene Motivation liegt. Es ist eine der wichtigen Aufgaben in der Therapie, immer wieder zu prüfen: Wo liegt die Motivation des Klienten, der Klientin? Wie können wir als Therapeut/innen diese Motivation ausfindig machen?

Was ist Motivation?

Ein Definitionsversuch lautet: „Motivation ist ein von Motiven gesteuerter Prozess, des Antriebenseins, der in der Regel so lange anhält, bis das Ziel erreicht ist.“ (Hobmair et al., 1997). Je nachdem wie schnell das angestrebte Ziel erreicht wird, wird die Motivation wieder angepasst. Prozess bedeutet, es ist ein Auf und Ab.

Bei der Motivation wird unterschieden zwischen

- Extrinsischer Motivation: Fremdmotivation (Belohnung durch externe Reize) = Verhalten für einen bestimmten Zweck
- Intrinsischer Motivation: Eigenmotivation („um der Sache Willen“, mit „Spass“)

Wir haben in DER ALTERNATIVE gemerkt, dass es genau mit dieser Unterscheidung zu tun hat, dass unsere langjährigen Mitarbeitenden den Eindruck erhielten, die „Klient/innen von

heute“ seien unmotivierter als Personen vor zehn Jahren. Früher waren die Klient/innen tatsächlich häufiger intrinsisch motiviert, heute öfter extrinsisch. Wir als Therapeut/innen und Sozialarbeiter/innen hatten eine Gewichtung vorgenommen: intrinsische Motivation ist besser als extrinsische.

Auf die Frage ans Publikum „Warum arbeiten Sie?“ werden ganz unterschiedliche Motive genannt: Geld, Spass, um andere Mitarbeiter/innen zu treffen, Erwartung von aussen, gerne mit Menschen unterwegs sein, Anerkennung, Sinnhaftigkeit des eigenen Handels – also eine Mischung aus extrinsischen und intrinsischen Motivationen. Einzelne Aspekte können auch beide Komponenten beinhalten: Wenn eine Person von der Anerkennung durch andere *abhängig* ist, welche sie aufgrund der Sinnhaftigkeit ihres Tuns erhält, ist die Motivation eher extrinsisch. Wenn sie die Sinnhaftigkeit ihres Tuns als innere Befriedigung erlebt, dann hat die Motivation intrinsischen Charakter. Eine weitere Frage „Wer von Ihnen würde weiter arbeiten, wenn Sie dafür keinen Lohn erhielten?“ führte zu regen Diskussionen im Publikum. Die Diskussion bestätigte, dass extrinsische Motivationsfaktoren einen Grossteil unserer Motivation ausmachen, warum wir unser Leben auf eine bestimmte Art und Weise gestalten. Extrinsische Motivation ist nicht an sich schlecht, sondern gehört genauso zum Leben wie intrinsische Motivation.

Zusammenfassend kann man sagen: Motivation ist ein dynamischer Prozess, kann in der Interaktion verändert werden und kann extrinsisch oder intrinsisch sein. Alle unsere Klient/innen sind in der einen oder anderen Form motiviert, denn sonst wären sie nicht bei uns in Therapie.

Häufigste Motivationen der Klient/innen bei Therapiebeginn in DER ALTERNATIVE

Wir haben die Therapiemotivation unserer Klient/innen nicht systematisch erfasst und ausgewertet. Aber Personen, die sich für eine Therapie in DER ALTERNATIVE bewerben, müssen ein Motivationsschreiben beilegen. In diesen Dokumenten habe ich eine Reihe von beschriebenen Motivationen gefunden. Die häufigsten sind hier aufgeführt:

- Vermeidung einer Fremdplatzierung der Kinder bzw. der Wunsch, als Familie weiterexistieren zu können
- Vermeidung oder Verkürzung eines Gefängnisaufenthaltes
- Vermeidung des Kontaktverlustes zu wichtigen Angehörigen (es handelt sich dabei häufiger um Partner/innen als um Eltern, aber auch Eltern spielen bei unserer Klientel oft eine wesentliche Rolle)
- Vermeidung des Leidens auf der Gasse (Obdachlosigkeit, Stress, Krankheit)
- selten genannt: Sinnsuche, Wunsch nach einer anderen Lebensführung

Es kommt selten vor, dass jemand bereits bei Eintritt sagt: „Ich möchte eine Therapie beginnen, weil ich mein Leben neu gestalten möchte“. Da wir hauptsächlich mit Klient/innen arbeiten, die Familie haben, stehen deren Kinder im Zentrum der Motivation. In den seltenen Fällen, in denen Sinnsuche oder „ein neues Leben“ als Motivation angegeben werden, handelt es sich mehrheitlich um Alleinstehende: „Ich kann nicht mehr, ich will nicht mehr, ich will nochmal einen ganz anderen Drive in meinem Leben finden“. In suchttherapeutischen Einrichtungen, die keine Kinder aufnehmen, zeigt sich vermutlich ein anderes Motivationsprofil.

Im Zusammenhang mit der Hauptmotivation „Fremdplatzierung der Kinder vermeiden“ zeigt sich folgende Schwierigkeit: Wenn Eltern mit Kindern eintreten, dann fällt der Druck, das Kind zu verlieren, sofort weg. Der wichtigste Motivationsfaktor flacht ab, weil das Ziel vorläufig erreicht ist. Die Therapeut/innen stehen nun vor der Herausforderung, weitere Motivationen zu finden bzw. mit den Klient/innen zu erarbeiten.

Exkurs: Typische Vermeidungsstrategien und Interventionsmöglichkeiten

Immer wieder kommt es vor, dass unsere Klient/innen bewusst oder unbewusst zu Vermeidungsstrategien greifen:

- Nicht-Öffnen oder Nicht-Lesen von Dokumenten
- Nicht-Einhalten von Terminen
- Missverstehen
- Klagen, ablenken (Schuldzuweisungen)
- Interventionen scheitern (lassen), fordern, agieren

Diese Verhaltensweisen erleben wir häufig bei unserer Klientel. Das sind keine schlechten Strategien, denn sie machen aus Perspektive der Betroffenen durchaus Sinn, da sie damit folgende Ziele erreichen können:

- Achtung aufrecht erhalten
- Stärke und Entschlossenheit signalisieren
- dem Umfeld (Helfer/innen) Grenzen setzen
- eigene Vorstellungen der Problemlösung signalisieren
- Schutz vor neuer Enttäuschung/Bevormundung/Stigmatisierung

Auf Vermeidungsstrategien kann man unterschiedlich reagieren. Im Rahmen des Intake-Prozesses in unserer Einrichtung erlebe ich folgende Interventionen als hilfreich:

- Vermeidungsverhalten und Skepsis respektieren und plausibilisieren, Konfrontation vermeiden. Aussagen im Sinne von „Du bist nicht wirklich motiviert“, wenn jemand

angibt, er komme nur, weil die Beiständin sonst die Kinder fremdplatziere, sind kontraproduktiv.

- Interesse für bisherige „Lösungsversuche“ signalisieren: Was haben die Klient/innen bisher bereits alles unternommen, um ihre Situation zu verbessern?
- Überweiser (Sozialämter, Beistände, Justiz) mit „versteckten“ Aufträgen mittels zirkulären Fragen anwesend bzw. überflüssig machen: Mit Fragen wie „Angenommen, der Beistand wäre hier, was würde er Ihnen empfehlen?“ kann man mit den Klient/innen einfacher dahingehend arbeiten, wie sie die Anforderungen erfüllen bzw. das Ziel erreichen können.
- Fragen nach Sorgen und Belastungen anstatt Problemfokussierungen: Ich habe oft erlebt, dass Klient/innen sagen: „Ich habe gar keine Sucht. Das Kind hat zwar nach der Geburt einen Entzug durchlebt, aber mein Umfeld hatte das Gefühl, es sei viel schlimmer, als es tatsächlich war.“ Da liegt eine Falle: Als Therapeut/in ist man verführt zu argumentieren, dass eine Sucht vorliegen müsse, wenn das Kind einen Entzug hatte. Wenn man die Sicht des Klienten/der Klientin vorerst so stehen lässt und nach den Belastungen und Sorgen fragt, stösst man automatisch zum Konsum vor.
- Transparenz und Offenheit
- Klient/in als Berater/in des/der Therapierenden einsetzen: „Was würden Sie mir raten, wenn ich an Ihrer Stelle wäre?“
- Auftrag (Auslöser, Anliegen) klären: Wer will was?
- Konkrete Abmachungen treffen: Wer macht was?

Modelle der Veränderung

Ein Modell, das in der Darstellung von Motivationstheorien nicht fehlen darf, ist das *motivationspsychologische Rubikon-Modell der Handlungsphasen* von Heinz Heckhausen und Peter Gollwitzer. Das Modell basiert auf folgenden Phasen:

- Bedürfnis: „Ich brauche“
- Wunsch: „Ich möchte“

Diese beiden Phasen dauern oft lange. Dann kommt die Entscheidung, die im Modell als „Die Würfel sind gefallen“ beschrieben wird (in Anlehnung an die Worte von Julius Cäsar „alea iacta est“ beim Überqueren des Rubikon-Flusses):

- Wille: „Ich will“
- Plan: „Ich bereite vor“
- Handeln: „Ich mache“

Das Modell der „Stadien der Veränderung“ (Das Transtheoretische Modell) nach James O. Prochaska und Carlo C. DiClemente beschreibt sechs Phasen der Veränderung, die ich unseren Erfahrungen in DER ALTERNATIVE gegenüberstellen möchte. Personen können einzelne Phasen durchschreiten und wieder in den Zustand vorangehender Phasen zurückfallen.

Tab. 2: Modell der Stadien der Veränderung nach Prochaska & Di Clemente

Präkontemplation (kein Problem- bewusstsein)	<p>Als Einrichtung für stationäre Suchttherapie haben wir kaum mit Personen zu tun, die kein Problembewusstsein haben. Mit dieser Thematik sind eher Fachpersonen der Prävention oder der ambulanten Suchthilfe konfrontiert. In dieser Phase haben Betroffene keine Absicht, ihr Verhalten zu ändern, da sie kein Problembewusstsein haben. Sie sind sich auch der Folgen ihres Handelns nicht bewusst. Sie überschätzen den Aufwand einer Veränderung und unterschätzen den Vorteil einer Veränderung.</p> <p>Es kann durchaus sein, dass Klient/innen in den ersten drei Monaten der stationären Therapie in diese Phase zurückfallen. V.a. junge Personen treten hochmotiviert und euphorisch ein und gelangen nach einer gewissen Zeit zum Schluss, dass sie wieder austreten möchten, da sie ja kein Problem mehr hätten und dass sie sehr gut suchtfrei leben können.</p>
Kontemplation (Nachdenklichkeit)	<p>Mit Klient/innen, die in dieser Phase stehen, kommen wir ebenfalls selten in Berührung. Vermutlich trifft dies auf Personen zu, die ambulante Beratung suchen: Sie beginnen, Kosten und Nutzen abzuwägen und befinden sich in einer ambivalenten Situation. Viele Klient/innen bleiben lange in dieser Phase, bis sie sich entscheiden. Auch DIE ALTERNATIVE kennt die Situation, dass sich Klient/innen nach sechs Monaten entwicklungsorientierter Therapie entscheiden, wieder ins Heroin gestützte Programm zurückzukehren. Sie sind nach einer Kosten-Nutzen-Analyse zum Schluss gekommen, dass ihnen das suchtfreie Leben nicht so viel wie erwartet bringt.</p>
Entscheidung	<p>In dieser Phase sind die Klient/innen zum Schluss gelangt, dass der Nutzen einer Therapie höher sein wird als der voraussichtliche Aufwand. Sie beginnen zu handeln und kommen beispielsweise zu einem unverbindlichen Informationsgespräch in DIE ALTERNATIVE oder zu einem Vorstellungsgespräch mit anschliessender Bewerbung um Aufnahme. In dieser Phase haben Klient/innen oft bereits bestimmte Vorstellungen oder einen Plan, in welche Richtung sie sich ändern wollen. Die Aufgabe für die Therapierenden besteht darin, diese Vorstellungen kennenzulernen. Das ist nicht immer einfach, weil Klient/innen teilweise einen „versteckten“ Plan haben, den wir als Therapierende erst mit der Zeit erfassen können.</p>
Handeln	<p>Typischerweise gehen die Klient/innen in dieser Phase in eine Entzugsbehandlung und beginnen die Therapie (ULMENHOF). Sie konsumieren keine Drogen mehr. Das Risiko dieser Phase liegt darin, dass die Klient/innen oft sehr zuversichtlich und energiegeladen sind, und dann folgt die Enttäuschung, weil sie den langfristigen Aufwand, der für eine tatsächliche nachhaltige Veränderung erbracht werden muss, unterschätzt haben.</p>
Aufrechterhalten	<p>In dieser Phase erlernen die Klient/innen neue Bewältigungsstrategien und lernen, nicht mehr in alte Verhaltensmuster zurückzufallen (Therapie ULMENHOF, Rehabilitationszentrum FISCHERHUUS, Integrationswohnungen BACHMOOS, KANU Beratungsstelle). Diese Phase kann bei Personen mit Suchterkrankung in der Regel sechs Monate bis fünf Jahre dauern. Das ist eine lange Phase, in der auch immer wieder Rückfälle passieren können. Es ist für Menschen sehr anstrengend, eine Veränderung im Leben wirklich durchzuziehen und nicht auf das Vertraute zurückzugreifen. Das grösste Risiko, Veränderungen nicht beibehalten zu können, sind psychische Belastungen und Ärger.</p>

Beendigung, Abschluss	In DER ALTERNATIVE entspricht diese Phase dem Austritt aus der stationären Einrichtung (Rehabilitationszentrum FISCHERHUUS, Integrationswohnungen BACHMOOS) oder der Beendigung der Nachsorge im KANU. Zu diesem Zeitpunkt sind die Klient/innen zuversichtlich, dass sie nicht mehr zu ihren ungesunden Bewältigungsmustern zurückkehren, unabhängig davon, ob sie ängstlich, gelangweilt, einsam, wütend oder gestresst sind. Sie schätzen sich als vollständig geheilt ein. Es ist so, als ob das Problem nie bestanden hätte.
--------------------------	---

Obwohl die Klientel die Behandlung erfolgreich beendet hat und ihre Situation dahingehend einschätzt, dass sie nicht in ungesunde Bewältigungsmuster zurückfallen wird, gibt es Studienergebnisse, die besagen, dass weniger als 20% der Menschen mit einem Suchtproblem dieses Stadium je erreichen (z.B. Hubble et al., 2001). Vor diesen Forschungsergebnissen macht der Ansatz der Anonymen Alkoholiker durchaus Sinn, gemäss welchem sich die Betroffenen auch nach 15 Jahren ohne Alkoholkonsum immer noch vorstellen mit: „Ich bin Hans, ich bin Alkoholiker.“ Sie verhindern dadurch, dass ihr Suchtproblem in Vergessenheit gerät, und sind sich bewusst, dass sie ein Leben lang dem Risiko ausgesetzt sind, im Fall von massiven psychischen Belastungen wieder zu alten Bewältigungsmustern zurückzukehren.

Literaturhinweise:

- ACHTZIGER Anja & GOLLWITZER Peter M. 2006. Das Rubikon-Modell der Handlungsphasen. In: HECKHAUSEN Jutta & HECKHAUSEN Heinz. 2006. Motivation und Handeln. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, Seite 278ff.
- BUCAY Jorge. 2005. Komm ich erzähl dir eine Geschichte. Zürich: Ammann Verlag.
- GEISER Kaspar. 2004. Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- HOBMAIR Hermann, GOTTHARDT Willfried & HÖHLEIN Reiner. 1997. Pädagogik Extra. Köln: Stam.
- HUBBLE Mark A, DUNCAN Barry L & MILLER Scott D (Hrsg). 2001. So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Hamburg: Rowohlt.
- MASLOW Abraham H. 1977. Motivation und Persönlichkeit. Olten: Walter-Verlag AG.
- MILLER William R & Rollnick, Stephen. 2004. Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. 2. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- PROCHASKA James O & DiCLEMENTE Carlo C in: HUBBLE et al. 2001. siehe a.a.O.
- SCHLIPPE Arist von & SCHWEITZER Jochen. 2007. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 10. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

3 „Der Goalie bin ig“ – szenische Lesung

Moritz Alfons, Musiker, Schauspieler und Akrobat²

Moritz Alfons liest drei Auszüge aus dem Roman „Der Goalie bin ig“ von Pedro Lenz, Schweizer Schriftsteller, Dichter und Kolumnist. Auf der Website des Autors wird die Geschichte eines liebenswürdigen Kerls namens Goalie, der mit seiner Drogensucht hadert, wie folgt beschrieben:

„In ‚Der Goalie bin ig‘ hält ein Ich-Erzähler Rückschau auf ein verlorenes Paradies. Der ‚Goalie‘, ein Süchtiger aus einem Dorf im Mittelland, erzählt in Umgangssprache von seiner Lebenswelt in den 80er-Jahren. Seine Sicht auf die Umgebung ist getrübt vom Wunsch, sein bisheriges Leben schönzureden. Nach einer Gefängnisstrafe versucht er, wieder im Alltag Fuss zu fassen, findet eine Gelegenheitsarbeit, verliebt sich in eine Serviererin und reist mit der Angebeteten nach Spanien – und trotzdem holen ihn die alten Geschichten immer wieder ein. Lenz gelingt ein berührendes Porträt des ‚Goalies‘ und einer kleinen, uns wenig bekannten Welt mitten in der Schweiz.“

I ha ufghört

Kurzer Auszug aus Teil 1 „I ha ufghört“, mit freundlicher Genehmigung des Autors.

„Ueli, wie mängisch muesme ders no säge! Gloubmers doch! I ha ufghört, fertig. Chasch d Hütten ufe Gring schtöue, fingsch nüt. Di Wohnig isch suber wie nes Chinderzimmer. Es isch verbi, i sägeders. I ha nüt meh z tüe mit dene Gschichte. Dasch definitiv. I bin es Johr dihingesi, Ueli, das längt. Weisch wieni meine? I bi imne nöie Füum, Ueli. Ds angeren isch düren und groukt. I sueche mer e Job und legge chli öppis uf d Site. Und när makeni de mou Ferie. Am Mittumeer oder so. Nüt angers. Ganz normau, am Morgen usen und am Obe hei cho, e Bächer oder zwöi, e Rundi dür ds Dorf und de bi Ziten i ds Näscht, und ke Stress und kes Gliir und nüt meh. Und nie meh uf so verlogeni Liirihüng warte, wien ig säuber eine bi gsi. Und weni e Fahnder gseh uf der Stross, chani nim i d Ouge luegen und fründlech grüessen und wener zrüg luegt, chani danke, lueg nume du bugglige Rattefänger, lueg mi numen aa, du Löffubueb, i bi süberer aus suber, süberer aus du und süberer aus aui zäme.“ (S. 16/17)

Buch: LENZ Pedro. 2010. Der Goalie bin ig. Roman. edition spoken script 4. Luzern: Der gesunde Menschenversand.

Hörbuch: "Der Goalie bin ig". Pedro Lenz & Christian Brantschen. Hörbuch, 4 CDs, 254 Minuten. Verlag: Der gesunde Menschenversand, Luzern. www.menschenversand.ch

² Weitere Informationen zu Moritz Alfons Stäubli siehe unter <http://moritzalfons.blogspot.com/p/cv.html>

4 Will er nicht können oder kann er nicht wollen? Motivation und Motivationsentwicklung: ein kurzer Einblick in die Praxis

Markus Zahnd, suchttherapiebärn

Als ich vor 17 Jahren als Quereinsteiger im stationären Suchthilfebereich begonnen habe, sprach man oft von Therapiemotivation, allerdings sehr eindimensional. Ich hatte damals den Eindruck, Therapiemotivation müsse vorliegen, damit jemand eine Behandlung in Anspruch nehmen oder in Behandlung bleiben dürfe. Es wurde oft diskutiert, ob die vorliegende Motivation einer Person ausreiche, um in unserer Einrichtung eine Therapie zu beginnen. Damals war die Nachfragesituation ganz anders gelagert als heute. Heute beschäftigt uns eher die Frage „Kann er nicht wollen?“ im Sinne eines Gefangenseins in der eigenen Situation, nicht nur auf die Substanzabhängigkeit bezogen, sondern auch in den sozialen Bezügen. Die gelebte Realität ist facettenreich und liegt – wie so oft – irgendwo zwischen den beiden skizzierten Haltungen.

Der Beitrag ist in drei Teile gegliedert:

- Unsere Einrichtung, unser Angebot, unser Setting
- Therapiemotivation der Klient/innen aus Sicht des Teams
- Originalaussagen der Klient/innen, basierend auf einer Motivationsbefragung

Kurze Darstellung der Institution

Wir sind eine urbane Institution inmitten der Stadt Bern. Unsere Angebote liegen alle an einem Strassenzug. Heute bieten wir 12 therapeutische Plätze und 14 Plätze für betreutes Wohnen. Wir können heute auf einen intensiven Organisationsentwicklungsprozess zurückblicken, wobei wir uns fachlich auf unsere langjährige Kernkompetenz Sozialtherapie ausgerichtet und 2009 in der ehemaligen Übergangs-Wohngemeinschaft ein Angebot für betreutes Wohnen eröffnet haben. Auch legen wir den Fokus stärker auf eine systemische, lösungs- und kompetenzorientierte Haltung und Arbeitsweise. Seit 1. November 2011 besteht im Bereich Suchtmedizin, Psychotherapie und der psychiatrische Versorgung unserer Klienten/innen eine Kooperation mit der Klinik Südhang (Ambulatorium Bern).

Angebotsstruktur suchttherapiebärn

- *muschle*: Stationäre Suchttherapie für Frauen und Mütter mit ihren Kindern: 8 Therapieplätze für Mütter mit ihren Kindern, 2 Plätze betreutes Wohnen und 2 Plätze für Kinder in der institutionseigenen Kindertagesstätte (insgesamt 12 Plätze)
- *grofa*: Betreutes Wohnen für Männer und Frauen: 9 Plätze betreutes Wohnen für suchtmittelabhängige Frauen und Männer, zwei 4- und eine 3-Zimmerwohnung, geschlechtergetrennte Wohnungen; 4 Therapieplätze für suchtmittelabhängige Männer (Quereinsteiger, Therapie-wiederholer) und 3 Plätze betreutes Wohnen für suchtmittelabhängige Frauen und Männer

Fachlicher Ansatz:

- Gendergerechte Suchtarbeit: www.genderanddrugs.ch (muschle & grofa). Eigene KiTa mit zwei bis drei Plätzen für Kinder von Klientinnen sowie 12 Plätze für externe Kinder (Quartierbezug)
- Gute Praxis in der Suchtarbeit: Motivierende Gesprächsführung und Stufenmodell der Veränderung -> Motivation(sentwicklung) ist Teil der Behandlung, ähnlich wie es Rückfälle auch sind.
- Konzept der Selbstwirksamkeit (A. Bandura), Betonung des systemischen Ansatzes -> Kompetenzüberzeugung und Förderung der Selbstwirksamkeit
- Kompetenz- und Ressourcenorientierte Arbeitsweise (Steve de Shazer & Insoo Kim Berg) -> Betonung der Zukunft (Perspektive), Kompetenz- und Lösungsorientierung, Würdigung der erreichten Fortschritte
- Körperorientierte Methoden wie z.B. Focusing (E.T. Gendlin) -> ganzheitlicher Bezug. Bei der Auseinandersetzung mit der eigenen Sucht geht es auch darum, zu sich selber zu finden, in diesem Zusammenhang auch die intrinsische Motivation zu finden. Wir stellen den Raum dafür zur Verfügung.

Überlegungen zur Therapiemotivation

Grundsätzlich zeigen sich aufgrund unserer jahrelangen Praxis verschiedene Ausprägungen des Phänomens Therapiemotivation:

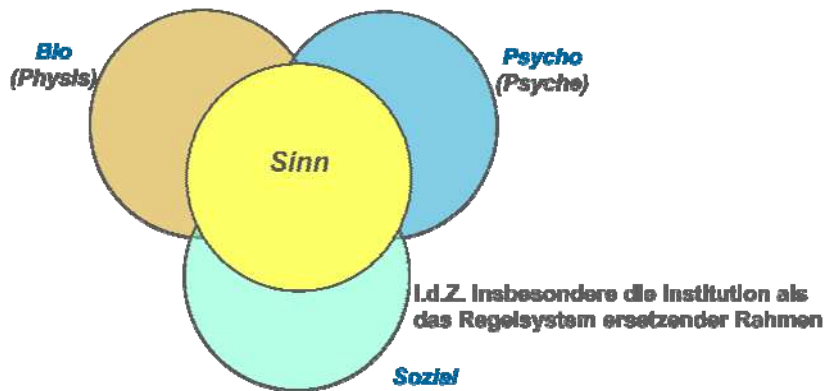
Die Therapiemotivation unterliegt während des gesamten Therapieaufenthaltes stetigen, teilweise sehr starken Schwankungen. Solche Motivationsschwankungen sind Teil des sozialtherapeutischen Alltags. Der pädagogisch therapeutische Rahmen, die Konzepte und das professionelle Handling sind entsprechend auszurichten.

Diesen Schwankungen gebührt im Alltag eine hohe Aufmerksamkeit (längere demotivierte Phasen, individuelle Ziele können in den Hintergrund treten, Rückfälle, Abbrüche etc.). Die Überzeugung „Ich will in der Therapie bleiben“ wechselt mit der Tendenz, wieder in alte vertraute Verhaltensmuster zurückzufallen und zu konsumieren. Gerade weil unsere Angebote im urbanen Umfeld angesiedelt sind, müssen wir hier stark darauf achten.

Was beeinflusst die Therapiemotivation?

Was beeinflusst die Therapiemotivation als Ganzes? Hier gibt es förderliche und hinderliche Faktoren. Ich möchte gerne unseren an der Praxis orientierten Blick vorstellen, basierend auf den Ergebnissen eines internen Evaluationsworkshops. Das biopsychosoziale Modell (Abb. 2) habe ich um den Kreis „Sinn“ ergänzt. Gemeint ist nicht die grosse Frage nach dem Sinn des Lebens, die uns alle beschäftigt, sondern dass Klient/innen ihren konkreten Lebensumständen etwas Sinnhaftes (Sinn im jeweiligen Kontext) abgewinnen können.

Abb. 2: Biopsychosoziales Modell



Die folgenden Ebenen sind in unserem Therapiealltag relevant und stehen mit Therapiemotivation in Interaktion.

Physische Ebene

- Körperliche Unterforderung: Dies betrifft vor allem Männer, wenn sie z.B. von der Baustelle in die erste Therapiephase eintreten. Hier wird den Betroffenen viel Durchhaltewille abverlangt.
- Schmerzen, generelles körperliches Unwohlsein (Verspannungen etc.): Das wird heute – im Gegensatz zu früher, wo man sich dies bezüglich schwerer tat – natürlich medikamentös behandelt. Dennoch tritt dieses Thema sehr rasch mit der Therapiemotivation in eine meist negative Wechselwirkung.
- Chronische Krankheiten mit kurz- und langfristigen Folgen (z.B. Perspektive bei chronisch verlaufenden Krankheiten; HIV, HEP etc.): Die Krankheitsverläufe gestalten sich bei den Betroffenen sehr unterschiedlich. Eine Krankheit kann plötzlich wieder virulent werden und die Therapiemotivation beeinflussen.

Diese Punkte klingen trivial, aber im sozialtherapeutischen Alltag ist das Ernstnehmen *auch* des subjektiven Erlebens der betroffenen Person (unterschiedliche Schmerztoleranz etc.) für Sozialpädagog/innen und Sozialarbeitende, welche in unserem Setting als Generalist/innen wirken, zeitweilig eine Herausforderung.

Psychische Ebene

- Ungünstige Kognitionen, Deutungs- und Verhaltensmuster (Selbst- und Fremdattribution)
- Schmerzen, generelles körperliches Unwohlsein (Verspannungen etc.)
- Ungeeignetes Coping in Bezug auf negative Gefühle (Ängste, insb. soziale Ängste, innere Leere, Langweile, negativer Selbstwert etc.): Ein wichtiger Faktor, der auch stark mit Rückfallhäufigkeit korreliert und generell auf den Durchhaltewillen oder die Durchhaltefähigkeit wirkt.

- Überlagerung mit akut werdender psychischer Symptomatik (Depression, Borderline, Psychose etc.): Diese Konstellation beeinträchtigt das Verbleiben in der Therapie und die Veränderungsmotivation stark. Das kommt bei unserer Klientel relativ häufig vor, vor allem im Zusammenhang mit Depressionen oder psychotischen Episoden. Hier treten die eingangs formulierten Therapieziele natürlich sofort in den Hintergrund.

Soziale Ebene

- Übertragungsphänomene (Parallel- oder sog. isomorphe Prozesse) zwischen Mitarbeitenden und Klient/innen (einzeln wie auch systembezogen) und umgekehrt (zirkulär!): Übertragungsphänomene sind hier nicht im psychoanalytischen Sinne gemeint, sondern als Überbegriff für das enorme Wechselspiel zwischen den Klient/innen und den Mitarbeitenden. Vielleicht kennen Sie die Situation, wenn sich die Dynamik unter den Klient/innen auf der Team-Ebene abbildet: Ein zeitweilig unmotiviertes Team kann Rückschlüsse auf das Klient/innensystem zulassen oder umgekehrt.

Beispiele für *ungünstige Übertragungsmuster* sind: hoher Erfolgs- und Erwartungsdruck der (vor allem eher jüngeren) Mitarbeitenden, die sehr dynamisch in ihre Arbeit eingestiegen sind, klare Vorstellungen und (nicht selten zu hohe) Erwartungen haben und etwas erreichen möchten. Im Grund gute Voraussetzungen, allerdings besteht das Risiko, dass der Erwartungsdruck auf die Klient/innen übertragen wird. Auf der anderen Seite sind Mitarbeitende auch Stress, Überforderung, Arbeits- und Auslastungsdruck etc. ausgesetzt. All diese Aspekte stehen stark in Wechselwirkung mit der Befindlichkeit der Klienten/innen im Allgemeinen und der Therapiemotivation im Besonderen.

Eine Anmerkung aus einer supervisorischen Optik: In klassischen stationären Suchteinrichtungen treten diese Aspekte infolge der Rollenvielfalt der Mitarbeitenden sowie des relativ dichten Settings stärker auf als im klinischen Setting. In der Klinik geht der Klient zur Therapeutin ins Büro und dann zum Arbeits- oder Aktivierungstherapeut in ein anderes Gebäude. Bei uns findet das alles auf relativ engem Raum statt. Das sind Rahmenbedingungen, die eine Einrichtung im Auge behalten und ihren Ressourcen entsprechend verbessern muss, bevor sie zu stark auf die Klient/innen fokussiert.

- Sämtliche Wechselwirkungen mit den „äusseren“ Systemen wie Herkunftsfamilie, Lebenspartner/innen, Freund/innen: Schnittstellenkontakte müssen gut koordiniert und ins Gesamt eingebunden werden.

Sinn-Ebene

- Subjektiv empfundene Perspektiven- und Sinnlosigkeit z.B. bei der Arbeit, in der Freizeit, beim Wohnen, bezüglich Abstinenz: Mit dem neuen Angebot des betreuten Wohnens hat sich aus unserer Sicht akzentuiert, dass es den Klient/innen schwer fällt, ihrem hart erarbeiteten Weg einen Sinn abzugewinnen, und sie rasch wieder in ein resignatives oder anderes altes Muster zurückfallen. Im betreuten Wohnen ist der pädagogische Rahmen stark reduziert und es herrscht ein relativ hoher Autonomiegrad, was die Klient/innen im Grunde auch wünschen und schätzen. Gleichzeitig nehmen wir wahr, dass die Klient/innen teilweise zu wenig innere Ressourcen haben, um diesen Freiraum auszufüllen, und sich in einer Situation „gemeinsam einsam“ wiederfinden. Hier müssen wir den Rahmen anpassen und eine Balance zwischen intrinsisch und extrinsisch finden.

Klient, 42 Jahre alt, zahlreiche Entzugsbehandlungen hinter sich, zwei stationäre Therapien abgebrochen, IV-Umschulung und Wohnsituation aufgegleist, fällt in eine tiefe Krise: „... letztlich macht alles keinen Sinn, was soll ich mit 42 Jahren noch einmal von vorne beginnen ...“

- Thematisierung (Raum geben, damit Sinnfragen in diesem konkreten Sinn Thema werden können) und Unterstützung bei existenziellen Fragen: Uns ist wichtig, dass die Sinnfrage nicht in einem engen religiösen Bezug, sondern heruntergebrochen auf den Alltag bearbeitet werden kann (themenzentrierte Gruppenarbeit). Dort wo die Bearbeitung von Fragen des Glaubens explizit gewünscht wird, steht ein landeskirchlicher Pfarrer mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung zur Verfügung.

„... es gibt nicht nur eine Freizeit von etwas, sondern auch eine Freizeit zu etwas ...“

„... im Grunde bin ich davon überzeugt, dass es eigentlich keine Situation gibt, die nicht irgend-eine Sinnmöglichkeit in sich schlösse.“ V. Frankl, zitiert aus A. Pattakos. 2011.

Diese Schriften müssen für unsere Klientel natürlich in eine moderne Sprache übertragen werden.

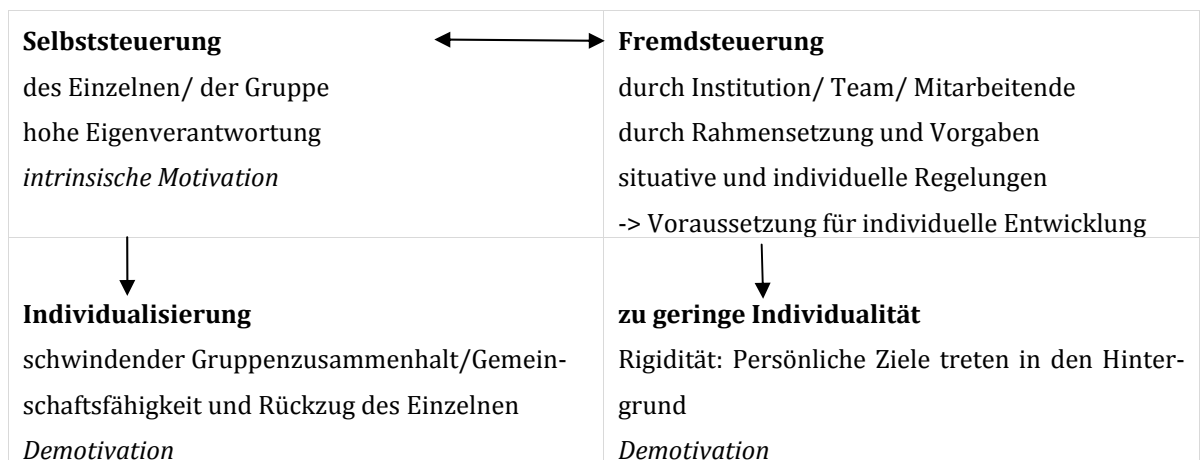
Konzeptionelle Rahmenbedingungen

Als Konsequenz unserer Beobachtungen haben wir folgende Leitlinien festgehalten:

- In den letzten drei Jahren haben wir konsequent auf allen Ebenen (Führung, Personalentwicklung, Konzepte etc.) Haltung und Arbeitsweisen der lösungs- und kompetenzorientierten Therapie und Beratung implementiert.
- Lösungsorientierte Zielsetzungen: motivierend gross, selbst initiiierbar, überprüfbar, positiv formuliert (SMART: spezifisch, konkret; messbar; aktiv beeinflussbar, realistisch, terminiert): Wir scheuen uns heute nicht, ein Therapiekonzept abzuändern, wenn wir merken, dass es nicht (mehr) zum Klienten, zur Klientin passt.

- Im Sinne einer integrativen und ganzheitlichen Betreuung kommen ebenfalls ergänzende Methoden zur Anwendung (Focusing, Maltherapie, Entspannungstechniken u.a.): Dank der Kooperation mit der Klinik Südhang, die den suchtmmedizinischen und psychiatrischen Teil kompetent abdeckt, können wir uns auf weitere Angebote und Methoden konzentrieren, die Klient/innen helfen, sich selber zu finden.
- Schliesslich gilt es das heikle Zusammenspiel im lebensfeldersetzenden Rahmen zwischen einer möglichst hohen *Selbst-* und einer möglichst tiefen (so wenig wie möglich, so viel wie notwendig) *Fremdsteuerung* zu „leben“ (Spannung zwischen therapeutischer und pädagogischer Haltung und Handlung): Oft ist der Rahmen in klassischen Therapieeinrichtungen sehr eng. Übertragungsphänomene können den Raum weiter einengen. Daher muss man sich um Räume bemühen, in denen Klient/innen wachsen können. Gleichzeitig soll es nicht zu einer übertriebenen Individualisierung und zu schwindendem Gruppenzusammenhalt kommen. Beide Extremsituationen, übertriebene Einengung/Dichte und übertriebene Individualisierung, erleben wir als demotivierende Faktoren.

Abb. 3: Balance Selbst- und Fremdsteuerung



Zusammenfassend lässt sich in Bezug auf die Entwicklung von intrinsischer Veränderungsmotivation vereinfacht Folgendes sagen:

Aus Sicht der Institution kommt einem unterstützenden Lernklima und günstigen Lernbedingungen auf allen Ebenen eine grosse Bedeutung zu. Hier kann die Einrichtung bewusst einwirken.

*„Die innere Kraft und der Wunsch zum Lernen, zum Entdecken, zur Erweiterung von Wissen und Erfahrung, kann unter angemessenen Bedingungen freigesetzt werden.“
Carl Rogers*

Klienten/innen ihrerseits erleben sich motiviert, wo positive Veränderungen sichtbar werden (Unterstützung, Ermutigung durch positive Feedbacks etc.), Vertrauen in die eigenen Kompetenzen wächst und generell der Zugang zu den eigenen Ressourcen und der eigenen Persönlichkeit wächst. Demotivierend wirken in der Regel Entscheidungen („Das Team, der Sozialdienst hat entschieden“) und Ereignisse von aussen, die den eigenen Vorstellungen und Zielsetzungen zuwider laufen.

O-Ton der Klient/innen: Was motiviert Euch?

Wir haben eine kleine Umfrage bei unseren Klient/innen durchgeführt. Die Ergebnisse möchte ich hier gerne kurz wiedergeben.

Was motiviert, spornt an? ☺

- Sichtbare Fortschritte: „Es geht öppis“
- Rückmeldungen: Lob, konstruktive Kritik, Bestätigung von Dritten sind sehr wichtig (ausserhalb der therapeutischen Gemeinschaft)
- Vorbilder: „Verschiedene Menschen inner- aber auch ausserhalb der Therapie“
- Sinnfindung: „Innere Gewissheit, dass sich diese Bemühungen lohnen“, „Das Wissen um ein Eingebettetsein in ein Ganzes“

Was war/ ist hilfreich? ☺

- Verständnis entgegenbringendes Umfeld: sowohl inner- als auch ausserhalb der Therapie
- Abstinenz (nicht absolut verstanden, da wir auch substituierte Klient/innen behandeln): „Zeit haben, um nüchtern über die eigene Situation nachzudenken und neue Ziele zu setzen.“
- Struktur und definierter Tagesablauf: „Gibt mir eine tägliche Orientierung“
- Atmosphäre, Einrichtung (Mobilien): Wir haben unsere Innenausstattung modernisiert, was v.a. auf jungen Klient/innen motivierend wirkt.
- Gemeinsam: „Zu realisieren, dass viele ähnliche Schwierigkeiten und Probleme haben.“

siehe auch: Universalität des Leidens, Irvin D. Yalom, Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, 2005, S. 28f

- Transzendenz: „Innerliches Sammeln mit Hilfe meditativer Techniken“. Das ist momentan ein gewisser Trend, den einige Klient/innen einbringen, nicht primär nur aus einer spirituellen Motivation heraus, sondern auch, um zu sich finden und Entspannung zu erleben.

Was erwies sich als Stolperstein(e)?

- Resignation: „Was bringt das schon?“
- Rückfälle: „insbesondere, wenn sich diese häufen“
- Leerläufe: „Leerzeiten innerhalb des Therapiealltages“, „das Gefühl an Ort zu treten, nicht vorwärts zu kommen“
- Fehlende Anerkennung, Aufmerksamkeit, Wertschätzung
- Selbstüberschätzung: „zu viel auf einmal wollen“
- Unzureichende Abgrenzung: „Kann mich ungenügend gegen die Probleme der andern Klient/innen abgrenzen“
- Unzugänglichkeit: „Nehme mich aus den Beziehungen, lasse niemanden an mich heran“

Last but not least:

Echte Wertschätzung eines jeden noch so kleinen Fortschrittes ist von grosser Bedeutung! Aber Achtung: Klient/innen haben ein gutes Gespür dafür, ob es sich um eine echte Wertschätzung oder ein aufgesetztes Feedback handelt.

Literaturhinweis

HARGENS Jürgen. 2006. Systemische Therapie ... und gut. Ein Lehrstück mit Hägar. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

PATTAKOS Alex. 2011. Gefangene unserer Gedanken. Viktor Frankls 7 Prinzipien, die Leben und Arbeit Sinn geben. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Wien: Linde Verlag.

YALOM Irvin D. 2005. Universalität des Leidens. In: Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Pfeiffer.

5 Therapiemotivation - eine Illusion bei Suchtkranken?

MSc Tamara Marx, Psychologin, und Peter Bögli, Psychologe FH, Klinik Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht

Zum Inhalt

- Kurze Überlegung: „Wann ändern Menschen ihr Verhalten?“
- Änderungsprozess
- Motivierende Gesprächsführung anlehnend an den Änderungsprozess
- Praktische Umsetzung in der Klinik Südhang

Als Einstieg möchte ich Sie bitten, sich ein Verhalten vorzustellen, das bei Ihnen zur Gewohnheit geworden ist. Wann und warum würden Sie es ändern?

In der Literatur finden sich verschiedene Antworten auf die Frage, wann Menschen ein Verhalten zu ändern bereit sind. Die Antwort von Frederik Kanfer et al. (2000) lautet:

- Das Verhalten wird für einen selbst und/oder andere *unerträglich*.
- Ein *alternatives Verhalten* erscheint *sinnvoller bzw. erfolgsversprechender*.

Eine Mischung aus Unerträglichkeit des aktuellen Verhaltens und dem Sinn des beabsichtigten Handelns führen zu Veränderung. Vorsicht: Zwang (z.B. von institutioneller Seite her) führt meistens nur zu einer vorübergehenden Anpassung des Verhaltens.

Therapeutische Beziehungsgestaltung

Die Leitfrage im Rahmen der therapeutischen Beziehungsgestaltung lautet: „Was muss ich als Therapierende/r tun, damit der Patient/die Patientin das nächste Mal *trotzdem* gerne zu mir kommt, um über seine/ihre Störung zu sprechen?“ Für diesen therapeutischen Balanceakt braucht es Empathie, man muss die betroffene Person ernst nehmen, authentisch bleiben, Freiräume eröffnen.

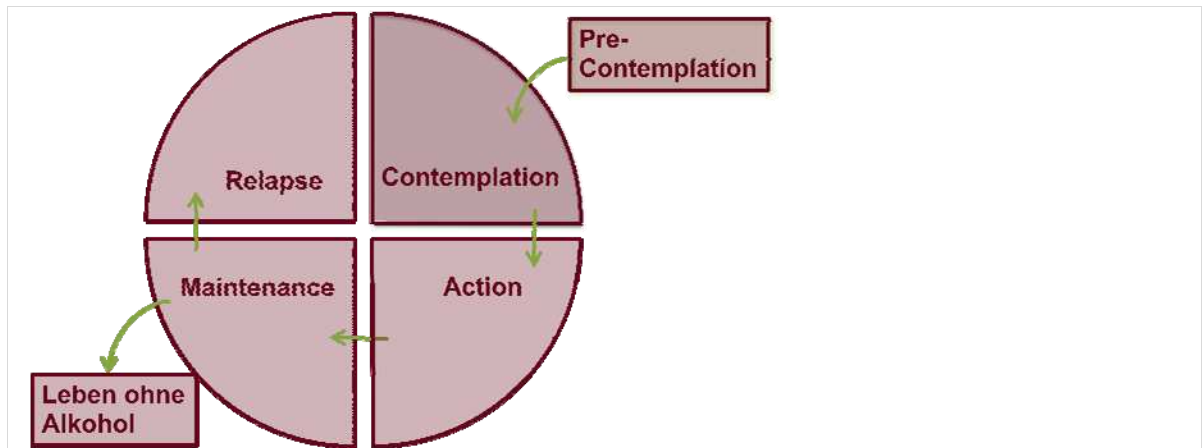
Ambivalenz des Patienten/der Patientin + Konfrontation vonseiten des Therapierenden = Widerstand

Widerstand ist immer ein Zeichen dafür, dass die Intervention des/der Therapierenden nicht zur derzeitigen Motivationslage des Patienten/der Patientin passt. Man könnte sagen, der Widerstand des Patienten/der Patientin ist ein Problem des/der Therapierenden.

Phasen der Veränderungsbereitschaft

Die Klinik Südhang orientiert sich stark am *Modell der „Stadien der Veränderung“* von James O. Prochaska und Carlo C. DiClemente und arbeitet mit dem Ansatz des Motivational Interviewing von Stephen Rollnick und William R. Miller.

Abb. 4: Stadien der Veränderung nach Prochaska & DiClemente (1986)



Tab. 3: Stadien der Veränderung und Erfahrungen der Klinik Südhang

Pre-Contemplation	Die Patient/innen sehen keinen Anlass, ihren Alkoholkonsum zu ändern. In der Klinik Südhang haben wir es oft mit Personen zu tun, die beispielsweise auf Druck ihres Arbeitgebers eingetreten sind, selber aber nicht der Ansicht sind, dass sie ein Alkoholproblem haben.
Contemplation	In dieser Phase realisiert der Patient/die Patientin, dass sein/ihr Verhalten von der Norm abweicht, und beginnt, sich mit dem Trinkverhalten kritisch auseinanderzusetzen. In dieser Phase neigen die Betroffenen rasch zu Schuldgefühlen, was zu vorschnellen oder oberflächlichen Lösungsversuchen führen kann: Die Betroffenen kommen zum Schluss, sie hätten das Problem nun eingesehen und können die Therapie daher beenden. Die Aufgabe der Therapierenden ist es, darauf hinzuweisen, dass Einsicht und tatsächliche Veränderung verschiedene Dinge sind.
Action	In dieser Phase arbeiten die Patient/innen an konkreten Situationen, analysieren ihr Verhalten und erarbeiten konkrete Strategien, z.B. indem sie eine neue Freizeitbeschäftigung aufbauen.
Maintenance	Das Erlernte soll nun in den Alltag integriert und aufrecht erhalten werden. Das Ideal wäre, aus dem Kreislauf der Sucht auszusteigen und ohne Alkohol weiterzuleben.
Relapse	Oft kommt es jedoch zu Rückfällen und der Kreislauf beginnt von vorne.

Motivational Interviewing nach Miller & Rollnick (2004)

Mit der Methode des Motivational Interviewings erhalten wir Hinweise, wie wir als Therapierende auf die Patient/innen in den einzelnen Phasen reagieren können. Es ist eine klientenzentrierte Methode, die auf die Verbesserung der intrinsischen Motivation zielt. William R.

Miller und Stephen Rollnick arbeiten vor allem mit der Erforschung und Auflösung der Ambivalenz.

Die Grundregeln der Gesprächsführung:

- Offene Fragen stellen
- Aktiv zuhören und Verständnis zeigen
- Würdigung des Patienten/der Patientin und seiner/ihrer Äußerungen
- Periodische Zusammenfassung von Patient/innenäußerungen

Tabelle 4 zeigt, wie Motivational Interviewing in den verschiedenen Veränderungsphasen eingesetzt werden kann. Die Vorschläge werden im Vortrag mit entsprechenden Videosequenzen aus Therapiegesprächen untermauert.

Tab. 4: Motivational Interviewing in den einzelnen Veränderungsphasen

Pre-Contemplation	<ul style="list-style-type: none"> • Verständnis für die Reaktion des Patienten/der Patientin zeigen • Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung verdeutlichen • Vermittlung von Informationen/diagnostischen Hinweisen (z.B. Leberwerte), das die Aufgabe der verzerrten Selbstwahrnehmung erleichtern <p>Der/die Therapierende muss darauf achten, dass das Selbstkonzept des/der Patient/in in dieser Phase nicht bedroht wird. Wichtige Fragen, die wir als Therapierende in dieser Phase stellen, können sein: „Wer ist der Meinung, dass Sie ein Alkoholproblem haben? Kommt es öfter vor, dass man Ihnen etwas unterstellt? Warum unterstellt man Ihnen ausgerechnet ein Alkoholproblem? Wie haben Sie versucht, Ihr Umfeld vom Gegenteil zu überzeugen?“ Die betroffene Person soll in dieser Phase vor allem zum Kontakt mit dem/der Therapierenden motiviert werden. Diese/r soll neugierig sein, in welche Welt er bei der betroffenen Person eintritt. Eine Gefahr könnte darin liegen, dass der/die Therapierende nicht auf den Inhalt des Gesagten eingeht, sondern mit einem vorgefassten Konzept (erkennbar an suggestiven Fragen) den Beziehungsaufbau stört.</p>
Contemplation	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkung kritischer Selbstreflexion gegenüber dem Suchtmittelkonsum • Maximierung der emotional eindrucksvollen Informationen • Ambivalenz ernst nehmen mit dem Fokus auf den Unterschied zwischen Einsicht und tatsächlicher Änderung: Es ist für Therapierende oft schwierig, <i>nicht</i> eine Seite der Ambivalenz, z.B. die Position der Abstinenz, zu vertreten. Eine „neutrale“ Haltung gewährt dem Patienten/der Patientin den Raum, die eigene Auflösung der Ambivalenz zu finden. <p>Wenn man typische Trinksituationen betrachtet, ist es wichtig, die emotionale Befindlichkeit des Patienten/der Patientin zu berücksichtigen und zu erfahren, wie sich die betroffene Person selber erklärt, wie sie zu diesem Konsumverhalten gekommen ist.</p>
Action	<ul style="list-style-type: none"> • Würdigung der Änderungsbereitschaft • Aufzeigen der voraussehbaren Schwierigkeiten der Veränderung • Nutzen patienteneigenen Abstinenz Erfahrungen zur Erweiterung vorhandener Selbststeuerungsmöglichkeiten • Strategien zur Bewältigung persönlicher Risikosituationen • <i>Lob, Lob, Lob!</i> <p>In dieser Phase ist es wichtig, dass man den Patienten/die Patientin für die Änderungsbereitschaft immer wieder lobt, aber auch vor Schwierigkeiten warnt, die mit einer Veränderung einhergehen können. Patient/innen haben die Tendenz, schnell mit dem vor-</p>

	<p>läufigen Resultat zufrieden zu sein. Hier ist es hilfreich, wenn die Therapierenden die Betroffenen auf Stolpersteine hinweisen. Patient/innen können eigene Abstinenz Erfahrungen nutzen und Strategien für den Umgang in Risikosituationen entwickeln.</p> <p>Dabei geht es darum, eine detaillierte Analyse der konkreten Handlungskette vorzunehmen, quasi in Zeitlupentempo: „Welcher Moment war ausschlaggebend dafür, dass Sie Lust auf ein Bier verspürt haben? Was haben Sie früher in solchen Momenten getan? Wie gehen Sie heute damit um?“ Durch diese Analysen können die Betroffenen gesammelte Erfahrungen für ihren Lernprozess nutzen.</p>
Maintenance	<ul style="list-style-type: none"> • Maximale Information hinsichtlich Rückfällen • Entwicklung eines ausgewogenen Lebensstils • Abschiedsbrief an den Alkohol, der ein langjähriger Begleiter war • Abstinenzkarte bzw. Notfallkarte: In welcher Situation soll ich wie handeln? Wen rufe ich an, wenn es zum Rückfall gekommen ist? • Mentales Training: Das Training wird in der Klinik Südhang von einer externen Fachperson durchgeführt. Zudem arbeiten wir mit Sportlehrern zusammen (aktive Entspannung u.ä.). <p>Gibt es Situationen, die man auch zukünftig meiden möchte? Teilweise sind Patient/innen der Überzeugung, dass sie, wenn sie einige Situationen erfolgreich (abstinent) gemeistert haben, alle Situationen im Griff hätten. Unter Umständen ist es aber sinnvoller, bestimmte Situationen weiterhin zu meiden. Eine wichtige vorbereitende Frage in dieser Phase ist zudem: „Was würden Sie tun, wenn es zum Rückfall kommt?“ Für die Patient/innen ist es teilweise sehr unangenehm, über einen möglichen Rückfall nachzudenken, gerade wenn sie davon überzeugt sind, dass sie „über dem Berg“ seien und ihnen nichts mehr passieren könne. Trotzdem ist es wichtig, darauf vorbereitet zu sein, da es von Bedeutung ist, nach einem Rückfall möglichst rasch zu handeln.</p>

Vom Umgang mit Rückfällen

Was können Patient/innen tun, wenn es doch zu einem Rückfall kommen sollte? Ein wichtiger erster Schritt ist, den Rückfall in einen „Vorfall“ umzuwandeln:

- Bewältigung des Unfallschocks analog einer Autopanne auf der Autobahn: Absicherung der Unfallstelle. Ein Rückfall in den Alkoholkonsum löst bei den Patient/innen immer wieder einen Schock aus, weil sie ja überzeugt waren, dass sie gut vorbereitet waren und eine feste Absicht als Leitlinie in sich trugen. Rückfälle sind oft heftige Erlebnisse für die Betroffenen.
- Trinksituation sofort verlassen
- Unterstützung aufsuchen („Das Wort, das Dir hilft, kannst Du Dir nicht selber sagen“)
- Abstinenzzuversicht wieder herstellen („Wieder aufs Pferd steigen“)
- Ausführliche Rückfallanalyse erstellen: Wie kam es zum Rückfall? In welchem Moment haben die Strategien gefehlt?
- Unterstützung für die nächsten Tage einholen, falls die Betroffenen zum Zeitpunkt des Rückfalls ausserhalb einer Klinik leben
- Notfalls Entgiftung im Spital

Fazit

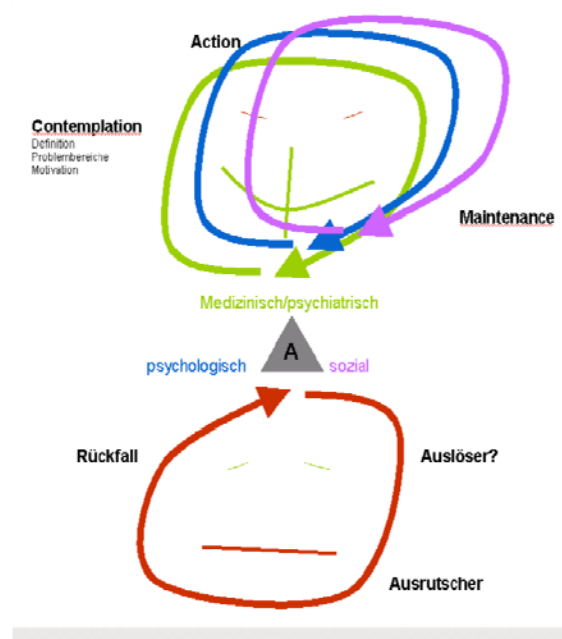
- Alkoholabhängige sind nicht gleichzusetzen mit widerständigen Patient/innen.
- Therapie funktioniert nur unter der Voraussetzung, dass der Patient/die Patientin dort abgeholt wird, wo er/sie steht.
- Non-direktives vor direktivem Vorgehen
- Individualisierte, strategische Therapieplanung

Ausführungen zum Angebot und Modell der Alkoholsucht in der Klinik Südhang

Die Klinik Südhang verfügt über verschiedene Stationen: Abklärungsstation, Kurzzeit-, Mittelzeit- und Langzeitstation. Gewisse Angebote finden gemeinsam, andere räumlich getrennt statt. Zu den Angeboten gehören Kunsttherapie (z.B. Fotografie, um eine Situation aus einer anderen Perspektive anzugehen), Sporttherapie, Aktivierungstherapie (z.B. Lebenslauf schreiben, Professionalisierung des Jobfindungsprozesses), Arbeitsintegration in Zusammenarbeit mit dem RAV, themenzentrierte Gruppen (Psychoedukation), Gruppen- und Einzeltherapie, Ambulatorium in Zusammenarbeit mit suchttherapiebären, Zusammenarbeit mit externen Stellen wie Blauzone, Beges, Blaues Kreuz u.a.

Wichtig ist uns eine sorgfältige Abklärung der Lebenssituation des Patienten/der Patientin, um den geeigneten Weg einschlagen zu können: In welche Abteilung kommt der/die Betroffene, wie lange soll er oder sie bleiben? Es macht beispielsweise keinen Sinn, eine Psychotherapie im engeren Sinn zu beginnen, wenn die Wohnsituation desolat ist oder eine Scheidung im Vordergrund steht.

Abb. 5: Modell der Alkoholsucht in der Klinik Südhang



Literaturhinweise:

KANFER Frederik H, REINECKER Hans & SCHMELZER Dieter. 2000. Selbstmanagement: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

MILLER William R & ROLLNICK Stephen. 2004. Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. 2. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.